

## Solicitud para el Programa de Salud para Niños

Application For Children's Health Program

**Se le ruega responder a todas las preguntas y enviar comprobante de ingreso.** Envíe la solicitud completa y los documentos a: PO Box 45531, Olympia, WA 98599-5531 o por Fax a 1-866-720-2892.

Marque aquí si desea recibir información acerca del programa de asistencia en efectivo o para alimento.

1. Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido	
2. Domicilio residencial		Calle	Ciudad	Estado	Código postal
3. Domicilio postal (si fuera distinto)		Calle	Ciudad	Estado	Código postal
4. Número telefónico		5. ¿Tienen dificultades para hablar, leer o escribir en inglés? De ser sí, ¿qué idioma habla?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6. Una persona en mi hogar está embarazada. De ser sí, ¿quién?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de parto prevista	
7. Una persona en mi hogar tiene una emergencia médica en este momento, o ha tenido una en los últimos tres meses. De ser sí, ¿quién?					

### INFORMACIÓN GENERAL

8. **NOMBRE A TODOS LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA** que vivan en su hogar. Si no tiene un número de seguro social, deje el espacio en blanco. **Si tiene documentación que indique su condición migratoria, tenga a bien proporcionar copias.** Esta información NO se compartirá con los Servicios de Inmigración y Naturalización de los EE.UU. (USCIS).

Nombre (Primer nombre, segundo nombre y apellido)	¿Parentesco con usted?	Fecha de nacimiento (Mes-día-año)	Número de Seguro Social	Sexo M/F	¿Es ciudadano de los EE.UU.? Sí No	Complete esta sección si <b>NO</b> es ciudadano de los EE.UU.		Fecha de arribo a los EE.UU.
						¿Tiene algún documento que indique su condición migratoria? Sí No		
	<b>YO MISMO</b>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

9. ¿Algún niño que viva con usted ya tiene seguro de salud? Sí  No

10. ¿Algún niño que viva con usted tuvo facturas médicas impagas en los últimos 3 meses? Sí  No

**INGRESO PERCIBIDO**

**Indique el ingreso BRUTO (antes de la deducción de impuestos y los gastos). Tenga a bien proporcionar comprobante de ingreso por ejemplo: talones de pago, una declaración de su empleador, estados de cuenta bancaria que indiquen depósitos directos o una declaración de otra persona que conozca sus circunstancias.**

<p>11. a) El nombre y número telefónico de su empleador. _____ ( )</p> <p>b) Monto que anticipa recibir durante el mes que presenta la solicitud antes de la deducción de impuestos o gastos: \$ _____</p> <p>c) ¿Trabaja por su cuenta?      Sí <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p> <p>d) No he tenido ingresos.      Sí <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p>	<p>12. a) El nombre y número telefónico del empleador de su cónyuge (u otro padre/madre que viva en el hogar). _____ ( )</p> <p>b) Monto que anticipan recibir durante el mes que presentan la solicitud antes de la deducción de impuestos o gastos: \$ _____</p> <p>c) ¿Trabajan por su cuenta?      Sí <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p> <p>d) No han tenido ingresos.      Sí <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p>
---	---

**INGRESOS NO DEVENGADOS/GASTOS**

Otro ingreso	Monto que anticipa recibir durante el mes que presenta la solicitud	¿Qué miembro de la familia recibe este ingreso?
13. Seguro de desempleo		
14. Manutención de niños		
15. Otro (explique)		
16. ¿Le paga a alguien para que cuide de sus niños o de un adulto dependiente mientras usted trabaja?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		De ser sí, ¿Cuánto por mes?
17. ¿Paga manutención para niños para un menor que no vive en su hogar?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		De ser sí, ¿Cuánto por mes?

**INFORMACIÓN VOLUNTARIA**

Le solicitamos que nos informe voluntariamente su raza o etnia. Esta información no se utilizará para considerar su elegibilidad para beneficios.

Indígena americano o nativo de Alaska     
 Negro o afroamericano     
 Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico     
 Otro \_\_\_\_\_  
 Asiático     
 Hispano o latino     
 Blanco

**LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR**

Esta solicitud es para los beneficios médicos del programa de Salud para Niños únicamente. Si alguien en su familia ya recibe o desea solicitar los beneficios en efectivo, los beneficios para alimentos básicos u otro beneficio, comuníquese con la Oficina de Servicios Comunitarios (CSO) de DSHS.

- DSHS podría solicitarle que compruebe la información que presenta para verificar si es elegible. Puede solicitarle ayuda a DSHS sobre cómo obtener dichos comprobantes.
- Al solicitar y obtener los beneficios de atención a la salud, le concede al Estado de Washington todos los derechos a toda manutención médica y a cualquier pago de atención a la salud por parte de terceros.
- DSHS podría compartir el historial de inmunizaciones de su niño con el Sistema de Registro de Inmunizaciones de Niños.

**DECLARACIÓN Y FIRMA**

He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en esta solicitud, es auténtica, exacta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante	Fecha
Nombre del ayudante o representante	Número telefónico

Se prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades administradas por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud. No se excluirá a ninguna persona de estos programas y actividades basándose en la raza, color, credo, creencias políticas, nacionalidad de origen, religión, edad, sexo o impedimento.